49e Année, IIIe Série, t. III. NUMERO 10. 10 mars 1881.

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le No : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur **Galippe**, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

Se vend chez tous les libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 13, rue de l'École-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

La séance de l'Académie.

La séance de l'Académie a été presque entièrement remplie par une discussion très vive et très animée qui s'est élevée entre MM. Bouley et Colin, au sujet de la communication de ce dernier, sur l'atténuation du virus charbonneux. M. Bouley est un avocat plein de chaleur et de ressources; il manie admirablement l'épigramme et son exposition est toujours claire et précise. Nous n'essayerons pas de résumer cette discussion qui a roulé sur des faits déjà connus et maintes fois exposés. Théorie des faits négatifs, poules mouillées et refroidies, affirmations, négations, vers de terre, bactéridies, germes de bactéridies, etc., etc., M. Colin a tout remis en question. Dans ce débat très mouvementé, de vives apostrophes ont été échangées. M. Bouley s'est montré aussi prompt à la riposte, qu'il avait été décidé dans l'attaque. M. Colin a improvisé sa réponse, avec une variété dans les moyens de défense et une force de résistance vraiment remarquables.

Au début de la séance, M. Larrey s'est efforcé d'engager l'Académie à donner son opinion sur la loi Liouville, relative à la vaccination obligatoire. M. Depaul a fait remarquer avec beaucoup de raison, qu'il serait beaucoup plus digne d'attendre que l'Académie fût officiellement consultée. Cet avis a été partagé par l'Académie.

REVUE MÉDICALE

Ataxie locomotrice et lésions cardiaques (*contribution à l'étude du retentissement des maladies douloureuses sur le cœur*), par le Dr GRASSET (de Montpellier).

Berger et Rosenbach (de Breslau) ont récemment publié une note sur la coïncidence du tabes dorsalis et de l'insuffisance aortique.

Ayant actuellement, dans son service à l'Hôpital général, deux ataxiques qui présentent une lésion cardiaque très caractérisée; constatant d'autre part que chez ces deux malades il n'y avait pas d'étiologie ordinaire pour ces maladies du cœur, qui, du reste, sont remarquables par leur latence et par la manière dont les sujets les supportent, M. Grasset a cru intéressant d'approfondir un peu cette question : *Des rapports de l'ataxie locomotrice et des lésions cardiaques*. Il a cherché dans les auteurs s'il n'y avait pas de cas analogues aux siens et à ceux de Berger et Rosenbach, et enfin il a essayé d'interpréter physiologiquement cette coïncidence, en se servant surtout des expériences de Franck et de Couty et Charpentier, d'un côté, et des recherches cliniques de Gangolphe, Potain, Teissier fils et Morel, de l'autre.

Voici un des faits observés par M. Grasset :

G..., coiffeur, est atteint d'une ataxie locomotrice type, à forme douloureuse. Les douleurs ont marqué le début de la maladie et n'ont pas cessé depuis près de quinze ans. Il a à tout moment d'atroces crises, à forme arthralgique. A ces douleurs se sont jointes, depuis, l'anesthésie, l'incoordination motrice, etc. ; le tout limité aux membres inférieurs.

Aucun rhumatisme dans ses antécédents ; pas d'autre étiologie ; quelques excès et des accidents vénériens, peut être une syphilis (plusieurs chancres, un bubon, maux de gorge, ulcère au coin des lèvres, chute des cheveux ; jamais de traitement antisyphilitique sérieux).

Rien dans les symptômes, actuels ou passés, n'attire l'attention sur le cœur. Cependant, un an avant le début du tabes, il fit une chute et éprouva, dit-il, pendant quelque temps, à la suite, des palpitations.

En examinant directement le cœur, on constate que la pointe bat dans le septième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire ; bruit de souffle très marqué ayant son maximum manifeste au premier temps à la pointe, couvrant entièrement le petit silence et le second bruit. Il ne se prolonge pas dans les vaisseaux du cou.

Le pouls est régulier, petit, dépressible, à 94 pulsations.

Le second fait à beaucoup d'analogie avec le premier. Dans les deux cas l'ataxie était très nette et la lésion cardiaque n'était nullement douteuse. M. Grasset a pu recueillir dans les auteurs quatorze observations analogues. Il y a évidemment là un fait de coïncidence rare, puisque M. Grasset n'a pu réunir que vingt-quatre cas sur plusieurs centaines d'observations, mais enfin la coïncidence existe.

Comment l'interpréter ?

Peut-être est-ce une simple superposition de deux maladies distinctes : un tabétique peut prendre une maladie du cœur, et réciproquement. Cependant, il y a contre cette hypothèse l'absence d'étiologie classique pour la lésion cardiaque chez les malades en question. Non seulement la lésion cardiaque n'a pas son étiologie normale, mais encore chez beaucoup elle n'a pas la marche clinique habituelle.

Comme d'autre part il est de règle, en clinique, quand on trouve deux lésions sur le même sujet, de chercher le lien pathologique qui les unit, il est dès lors utile de se placer à ce poin de vue et d'essayer de déterminer la relation qui *pourrait* exister entre la lésion spinale et la lésion cardiaque chez ces sujets.

Le cœur peut-il être primitivement atteint et entraîner secondairement le tabes? Voici comment s'explique l'auteur à ce sujet : « Les altérations cardiaques ont facilement du retentissement sur les centres nerveux. Mais ce retentissement ne peut guère se manifester que de deux manières : par des obstructions artérielles (embolies) ou des troubles circulatoires. Ni l'un ni l'autre de ces processus, essentiellement diffus, ne nous paraît susceptible d'expliquer le développement de la lésion spinale systématisée que suppose l'ataxie locomotrice et que certaines autopsies de nos cas cités ont démontrée réellement.

« Si nous éliminons cet ordre de dépendance, pouvons-nous inversement supposer que le tabes est primitif et entraîne secondairement la maladie du cœur ?

« Il est positif que la moelle a une influence directe sur le cœur; les lésions de la moelle cervicale ont un retentissement fréquent sur l'organe central de la circulation. Mais, chez nos malades, la moelle cervicale n'était pas toujours atteinte; le plus souvent, au contraire (et notamment dans un de nos deux cas), les membres inférieurs sont le siège exclusif de l'incoordination motrice

« Nous ne pouvons donc pas invoquer une action directe de la moelle sur le cœur.

« En présence de ces difficultés, nous sommes tentés de proposer une autre explication et d'admettre que le tabes entraîne la lésion cardiaque, non pas à titre de maladie spinale, mais à titre de *maladie douloureuse*. Je me suis demandé s'il ne serait pas possible de voir là un exemple du *retentissement que les douleurs vives et prolongées peuvent avoir sur le cœur.* » C'est là une question intéressante que les physiologistes et les cliniciens ont étudiée dans ces derniers temps, et sur laquelle nous devons résumer les données récemment acquises.

Les physiologistes, depuis Magendie jusqu'à Claude Bernard, F. Franck, se sont occupés du retentissement des impressions sensitives et douloureuses sur la circulation et sur le cœur en particulier. Les expériences récentes de F. Franck, Couty et Charpentier prouvent l'influence incontestable des excitations périphériques et des impressions douloureuses sur le cœur. Elles montrent donc qu'il est *possible* que, chez l'homme, des douleurs en se répétant, altèrent le cœur et le rendent malade.

La physiologie indique seulement cette *possibilité*; c'est à la

clinique à établir la *réalité* du fait. Or certains faits cliniques militent en faveur de la relation pathogénique proposée par M. Grasset.

Nous reproduisons ici la partie la plus intéressante de ce mémoire, car elle résume l'état actuel de nos connaissances relatives à l'étude des altérations du cœur consécutives aux affections gastro-hépatiques :

Corvisart avait beaucoup insisté sur le rôle des causes morales dans la production des maladies du cœur. « De toutes les causes, dit-il, les plus puissantes, sans contredit, sont les affections morales. Aucune affection morale, en effet, ne peut être éprouvée sans que le mouvement du cœur ne soit renforcé, accéléré, ralenti, affaibli ou troublé. Les scènes sanglantes de la Révolution, le bouleversement des fortunes, les émotions, les chagrins qui en ont été la suite, ont, dans les derniers temps, fourni une preuve de l'influence des affections morales sur le développement des maladies organiques en général et de celles du cœur en particulier. »

Après les travaux de Bouillaud sur l'endocardite rhumatismale, cette étiologie morale, nerveuse pourrait-on dire, perd de plus en plus de terrain et finit par être abandonnée. En présence d'une altération du cœur, on ne cherche plus qu'une maladie générale (presque toujours le rhumatisme) ou un trouble mécanique (sclérose rénale ou pulmonaire).

La réaction commence à se faire.

Elle a débuté avec les travaux sur le cœur surmené, et elle se continue avec les recherches sur les altérations du cœur consécutives aux affections gastro-hépatiques.

Nous n'insisterons pas sur l'hypertrophie du cœur par fatigue (Ueberalstrengung des Herzens de Seitz). C'est un point qui n'est pas directement afférent au sujet que nous étudions (1).

La seconde série de travaux (2) mérite au contraire de nous arrêter un peu plus, parce que notre étude actuelle paraît en être la suite naturelle.

Stokes avait déjà montré la coïncidence des affections hépatiques et cardiaques ; il admet qu'elles sont réciproquement dans le rapport de cause à effet. Mais il ne propose point de théorie.

D'une manière générale, les grands traités sur les maladies du cœur et du foie restent silencieux sur ce point.

Un interne de Lyon, Gangolphe (3), étudie, en 1875, le bruit de souffle mitral que l'on observe dans certains cas d'ictère ; dans ce travail, il y a plusieurs observations de coliques hépatiques.

Pour expliquer la lésion mitrale passagère qu'il observe, Gangolphe, se fondant sur les expériences de Grollemund et Kleinpeter, relatives à l'action des sels biliaires sur le système musculaire, pense qu'il y a une action paralytique exercée sur le cœur et une insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale causée par la parésie de ses muscles papillaires.

Cette théorie n'est plus soutenable aujourd'hui. D'abord rien ne prouve que cette parésie des muscles papillaires puisse entraîner l'insuffisance mitrale ; ensuite on a vu les lésions cardiaques se développer dans d'autres affections gastro-hépatiques sans ictère et par suite sans intoxication biliaire possible.

(1) On trouvera cette question bien étudiée dans la Clinique médic., du professeur Bernheim, de Nancy.

(2) Voy., pour l'ensemble et la suite de ces recherches, la Thèse d'agrégat. de Mossé : Accidents de la lithiase biliaire (Th. d'agrég. ; Paris, 1880), et la Thèse de Morel : Rech. expériment. sur la pathogénie des lésions du cœur droit consécutives à certaines maladies, et principalement aux maladies douloureuses de l'appareil hépatique et gastro-intestinal ; Th. Lyon, 1879, nº 27.

(3) Gangolphe ; Bruit de souffle mitral dans l'ictère. Th. Paris, 1878. — Voy. aussi sur ce point : Fabre (de Marseille), Gaz. des Hôp., 1877, p. 917.

Potain (1) est revenu sur la question ; il a étudié les lésions du cœur droit consécutives à ces maladies.

Sans se prononcer d'une manière formelle, il tend à expliquer de la manière suivante l'insuffisance tricuspidienne qu'il constate. Certains états anatomiques du foie ou de l'estomac retentiraient sur le poumon, dont les vaisseaux se contracteraient par voie réflexe et entraîneraient ainsi mécaniquement la dilatation du cœur droit. Le pneumo-gastrique serait la voie commune des excitations centripète et centrifuge dans ce réflexe.

Teissier fils (2) a fait au dernier congrès de Montpellier une communication intéressante dans laquelle il agrandit un peu la question. Il montre en effet que le foie et l'estomac ne sont pas les seuls point de départ possibles de ce retentissement cardiaque ; il peut se produire également dans les affections douloureuses des intestins et des ligaments larges. Le pneumo-gastrique ne peut plus être la voie centripète, comme le voulait Potain.

Il admet alors que l'excitation est transmise aux centres par le grand sympathique ; le reste de l'explication est conforme à l'idée de Potain.

Séance tenante, François Franck fit des objections à une partie de la théorie de Teissier fils et de Potain. Rien ne démontre que le pneumo-gastrique contienne les vaso-moteurs du poumon ; ce nerf a une action sur les muscles bronchiques, mais pas sur les vaisseaux du poumon. La voie centrifuge du réflexe supposé ne peut donc pas être le nerf vague, mais le grand sympathique, qui forme ainsi l'arc tout entier.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Etude critique des connexions pathologiques de l'arthrite noueuse (*Rhumatisme articulaire chronique de* Charcot ; *arthrite rhumatoïde de* Garrod), par le Dr Max-Durand Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, président honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

(Suite et fin.)

Comme je tiens à mettre sous les yeux du lecteur tous les éléments de cette discussion, je reproduirai à peu près intégralement les renseignements contenus dans l'article consacré à ce sujet par l'éminent professeur.

« Un fait de ce genre (endocardite rhumatismale) a été signalé par Romberg, en 1846. Deux autres cas se trouvent consignés dans la thèse de M. Trastour et dans la mienne, sur un ensemble de 41 observations. Depuis cette époque, l'attention étant éveillée sur ce point, les faits se sont multipliés. Il y a quelques années, dans une leçon clinique, Beau faisait ressortir, chez une jeune fille, la coïncidence d'une arthrite noueuse avec un retrécissement aortique ; et M. le Dr Ollivier a recueilli, dans le service du professeur Grisolle, l'observation d'un homme de 33 ans qui présentait les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux, et chez qui l'on constatait les signes d'une altération des valvules sigmoïdes de l'aorte.

« Le plus souvent, il y a eu, chez ces sujets, à une époque antérieure, une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; mais j'ai réuni un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'endocardite s'est développée chez des rhumatisants chroni-

(1) Assoc. franc. pour l'Avanc. des Sciences, session de Paris, 1878. — Voy. aussi sur ce travail une note du Dr Cyr à la traduction de Murchison, les Thèses d'agrég. de Pitres et Straus, 1878, et la Thèse de Destureaux, avril 1879.

(2) Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, session de Montpellier, août 1879.

ques, sans que la maladie ait jamais affecté la forme aiguë. Deux de ces faits sont consignés dans la thèse de M. Ball. »

L'auteur que je reproduis insiste ensuite, justement, sur la rencontre de la péricardite, chez les rhumatisants chroniques, et sa coïncidence, quelquefois observée par lui, avec les exacerbations des arthropathies, et il conclut ainsi :

« En résumé, l'endocardite et la péricardite existent incontestablement dans quelques cas de rhumatisme articulaire chronique ; ces affections offrent les mêmes caractères que dans le rhumatisme aigu. Elles se montrent de préférence à l'époque des exacerbations de la maladie, et lorsqu'on se rapproche en quelque sorte de l'état aigu. Au reste, ces maladies ont, en général, un caractère moins sérieux lorsqu'elles se développent dans le rhumatisme chronique (1). »

La vérité me paraît être dans cette phrase : « l'endocardite et la péricardite *existent dans quelques cas* de rhumatisme chronique. » Il serait en réalité bien singulier qu'on ne les y rencontrât jamais.

Sur 149 cœurs de vieillards, c'est-à-dire au-dessus de soixante ans, morts de différentes maladies, j'ai trouvé 55 fois des altérations des valvules ou des orifices dignes d'être notées (2). C'est sur le même terrain d'observations qu'ont été recueillies, non pas la totalité, mais la grande majorité des faits signalés plus haut.

C'est une chose digne de remarque que cette rareté de lésions endocardiaques, si formellement établie, notamment par les médecins anglais, autour desquels les faits de ce genre se déroulent en si grand nombre. Ball qui, dans son excellente thèse d'agrégation, a mis à profit les mêmes documents qui m'ont servi pour le présent travail, dit également : « Il est assez rare de rencontrer des affections cardiaques dans la forme chronique du rhumatisme articulaire. Cependant, il ne faudrait pas nier l'existence de cette *complication* d'une manière trop absolue (3). » A coup sûr on ne saurait nier qu'il ne puisse se rencontrer des affections du cœur concurremment avec l'arthrite noueuse. Mais il ne me paraît pas permis d'affirmer, avec le même auteur, que : « lorsque l'arthropathie chronique est primitive, on soit forcé de reconnaître que l'affection cardiaque se soit développée sous son influence. »

La coïncidence de l'arthrite noueuse avec une lésion du cœur ne comporte par elle-même, dans les faits dont il s'agit, aucune raison péremptoire de leur attribuer une influence commune, alors que tant de causes diverses peuvent, de leur côté, avoir présidé au développement de l'affection cardiaque. L'expression de complication, employée par M. Ball, est celle qui paraît le mieux applicable en pareille circonstance.

Quoi que l'on croie devoir penser à ce sujet, la rareté indéniable des lésions du cœur suffirait, même en l'absence de constatations plus directes, pour montrer combien le rhumatisme articulaire aigu est étranger aux antécédents, comme à l'évolution de l'arthrite noueuse. Je devais insister sur ce sujet, parce qu'il me paraît un des plus propres à marquer la séparation de ces deux affections, qu'il est d'usage de rattacher l'une à l'autre, sans qu'on se soit jamais bien rendu compte de la réalité des rapports qu'on leur supposait.

Je serai très bref dans le reste de cette étude, ne trouvant que des renseignements très incomplets, touchant les affections concomitantes auxquelles ces sortes de malades sont le plus sujets, et celles qui terminent le plus souvent leur existence. Je crois qu'ils sont généralement peu sujets à des affections concomitantes, et que c'est encore là un des caractères de cette maladie. En effet, si elle s'éloigne du rhumatisme articulaire aigu par les circonstances qui viennent d'être étudiées, elle ne se distingue pas moins de l'état rhumatismal proprement dit par la fixité et le caractère exclusif des lésions et des troubles fonctionnels, et par l'absence de cette mobilité et de ces déviations qui sont l'apanage du rhumatisme dit abarticulaire.

Les articulations se prennent dans un ordre quelconque, et, une fois atteintes, ne subissent d'autres changements que ceux qu'amène l'évolution progressive des lésions histologiques, puis morphologiqnes. Des exacerbations, moins aiguës que subaiguës, surviennent quelquefois et impriment des secousses à la marche progressive des lésions ; mais elles n'affectent pas d'alternances entre les diverses jointures. Et, s'il paraît survenir parfois des apparences de résolution incomplète dans les lésions locales, c'est par résolution des acuités, lesquelles n'aboutissent pas toujours à des progrès définitifs.

Ces exacerbations peuvent troubler plus ou moins la santé générale, rarement d'une manière profonde. Mais la forme douloureuse, continue ou habituelle, paraît prendre une grande part à l'épuisement et à l'état cachectique, qui n'empêchent pas toujours la vie de se prolonger encore, d'une manière misérable, pendant d'assez longues périodes.

Cependant, on a noté une certaine disposition aux ophthalmies à l'iritis principalement et à la kératite. Ceci a été signalé par Garrod et par Fuller, par Cornil et Charcot. Ces accidents pourraient bien être plus en rapport avec la cachexie anémique qu'avec l'affection arficulaire elle-même, bien que Charcot ait constaté une alternance manifeste entre les recrudescences de l'ophthalmie et les exacerbations articulaires.

Charcot et Cornil ont rencontré plusieurs fois, chez des rhumatisants chroniques, des dermatoses auxquelles ils ont cru reconnaître les caractères assignés par Bazin aux arthritides.

Les maladies des reins ne paraissent tenir dans l'histoire pathologique de l'arthrite noueuse qu'une place très restreinte et dont le caractère me paraît avoir été parfaitement apprécié par le professeur Charcot. « Dans le rhumatisme chronique, la néphrite albumineuse est fréquente dans les périodes avancées d'après les recherches que j'ai entrep rises à ce sujet avec Cornil Ces lésions du reste se rencontrent toujours chez les sujets profondément cachectiques. Il faut faire effectivement la part de la cachexie que finit toujours par entraîner l'arthrite noueuse, lorsqu'elle est généralisée et occasionne une impotence absolue, surtout quand les malades ont été en quelque sorte usés par de vives douleurs. » C'est à une telle condition qu'il faut encore rapporter les catarrhes vésicaux, lesquels, accompagnés d'engorgement de la prostate, doivent être plus fréquents chez les hommes que chez les femmes ; mais nous ne possédons pas de renseignements précis sur ce sujet.

Il n'y a rien de plus à noter au sujet des coïncidences pathologiques de l'arthrite noueuse qui puisse intéresser la question pathogénique. On a remarqué que les maladies aiguës inflammatoires y sont rares ; rares également les viscéralgies. On peut en dire autant de quelques cas d'emphysème et d'asthme plus ou moins catarrhal, qui ont été signalés. Il n'y a pas à tenir compte davantage de la dyspepsie. En un mot, toutes ces coincidences pathologiques paraissent avoir purement un caractère accidentel, ou individuel, indépendant de la maladie elle-même.

Quant à la manière dont la vie se termine, on a noté la tuberculisation pulmonaire, le cancer, l'apoplexie, la pneumonie, la néphrite. Il faut s'attendre à trouver là tous les modes de terminaison des longues cachexies, mais rien qui se prête à d'autres généralisations.

(1) Charcot, Leçons cliniques, p. 188.
(2) Durand-Fardel, Traité des maladies des vieillards, 2e éd. p. 614.
(3) Ball, Thèse citée, p. 20.

Cette étude terminée, je pourrais laisser au lecteur le soin d'en tirer des conclusions.

Il me paraît en résulter formellement que l'arthrite noueuse est une maladie particulière, qu'il n'est possible de rattacher à aucun état constitutionnel ou diathésique, étranger à elle-même.

Je ne puis donc souscrire à cette proposition du professeur Charcot : que, malgré la diversité des manifestations pathologiques, la forme aiguë et la forme chronique du rhumatisme sont une seule et même maladie (1).

Pour ce qui concerne la nature propre de l'arthrite noueuse, c'est un sujet de pathogénie très intéressant à étudier, mais très difficile à déterminer, et que j'ai eu seulement la prétention de simplifier en le débarrassant des complications scholastiques dans lesquelles on l'avait enchevêtré.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Etiologie et pathogénie générales, leçons professées en novembre 1880, à la Faculté de médecine, sur les *maladies infectieuses*, par Ch. Bouchard, résumées par Louis Landouzy (2).

(Suite et fin.)

III

Toutes ces spoliations organiques préparatoires, toutes ces adultérations chimiques nécessaires se trouvent dans chacun des états morbides qui prédisposentet mènent à la phthisie ; elles se trouvent, nous l'avons prouvé, dans le diabète, dans la grossesse, dans la lactation, dans le rhumatisme, comme elles se rencontrent dans les conditions d'air confiné, d'obscurité, d'humidité au milieu desquelles vivent certain individus, certaines familles ou certaines peuplades ; comme elles se rencontrent dans toutes les maladies bradytrophiques ; comme elles se rencontrent enfin dans la scrofule, cette dystrophie par excellence, qui mène à la tuberculose si facilement, et si communément qu'on a voulu faire de la scrofulose et de la tuberculose les deux termes d'une même équation pathologique !

On dit, on répète aujourd'hui (il y a longtemps que cette confusion a été tentée pour la première fois) que la scrofule et la tuberculose sont une seule et même chose, qu'elles sont comme deux branches issues d'un tronc commun ! La scrofule, disent certains médecins, et la phthisie ne font qu'un, elles sont comme un seul et même personnage pouvant revêtir des attributs et des masques différents, et cela, ces médecins le disent, parce que, quand ils cherchent la lésion caractéristique chez le scrofuleux ou chez le tuberculeux, ils trouvent une seule et même lésion, ou bien encore parce que, interrogeant la filiation des malades, ils trouvent chez les ascendants toute une série de mêmes manifestations morbides, parce qu'enfin ne se comptent plus les scrofuleux qui deviennent phthisiques. On voudrait aujourd'hui déclarer l'unicité de la tuberculose et de la scrofulose, parce qu'on trouve les lésions scrofuleuses réductibles en un élément qui n'est autre que l'élément tuberculeux, parce que la lésion histologique de la scrofulose est la même que celle de la tuberculose, c'est-à-dire le tubercule, que l'on a démontré dans le lupus aussi bien que dans les arthrites et les gommes des scrofuleux ! On voudrait se baser sur ce fait, que, quand on analyse anatomiquement les productions réputées scrofuleuses, on les voit formées par les corpuscules nucléaires qui constituent le nodule tuberculeux ; on voudrait se baser sur ce fait encore que les productions réputées scrofuleuses peuvent subir les transformations fibreuse et caséeuse, comme la granulation tuberculeuse la plus typique ; on voudrait se baser sur ce fait pour affirmer qu'il y a eu chez le scrofuleux, comme chez le tuberculeux, une seule et même chose, un seul produit, et que, si ce fruit, avant d'arriver à maturité peut différer d'aspect, peut provenir d'un arbre ou d'un arbuste, il n'en est pas moins le produit d'une seule et même graine !

Anatomiquement, rien n'est plus vrai ni plus exact ; il y a identité parfaite entre le lobule tuberculeux typique, le tubercule du lupus et le tubercule des arthrites et des gommes cutanées scofuleuses, et cela pour la raison toute simple que ce qu'on a vu chez le scrofuleux, aussi bien que chez le phthisique, c'est le tubercule. L'identité dans la description anatomique tient à ce qu'on a bien moins bien interprété, elle tient à ce qu'on a vu partout des lésions tuberculeuses chez les phthisiques, tandis qu'on les appelait scrofuleuses chez les scrofuleux. Si parmi les scrofuleux atteints de lupus, de gommes ou d'arthrites, il en est qui présentent les lésions caractéristiques de la tuberculose, cela tient à ce que ces malades sont devenus tuberculeux ; il faut pour ces scrofuleux admettre qu'ils sont passés dans le cadre de la tuberculose. Il faut de ces scrofuleux faire des tuberculeux et ne pas vouloir faire de leurs tubercules des lésions de scrofule ; il faut agir avec ces scrofuleux qui *deviennent* tuberculeux comme on agirait avec des scrofuleux qui, prenant une autre maladie infectieuse, la syphilis, et présentant des lésions primitives et secondaires spécifiques, deviendraient des scrofuleux syphilitiques, sans qu'il vînt à personne l'idée de dire que la lésion de la scrofule est le chancre, la papule ou la plaque muqueuse qu'on ne manquerait pas de découvrir chez tous ces scrofuleux hantés par la syphilis. Ce qu'on ne ferait pas en pareille occurrence, pourquoi le faire en matière de scrofulose compliquée de tuberculose? Pourquoi ne pas appeler tuberculose tout ce qui présente l'élément typique tuberculeux, d'autant, qu'en présence des tubercules cutanés du lupus ou d'une arthrite fongueuse il ne viendrait jamais à l'esprit d'un médecin de qualifier scrofuleuses les premières ou les secondes des lésions, si la clinique ne lui avait pas appris que le porteur desdits *tubercules* a présenté les lésions paroxytiques et permanentes, le faciès et les attributs de la scrofule ? Mais, dira-t-on, si l'on retranche de la scrofule les tubercules cutanés, les lésions osseuses articulaires, la caséification ganglionnaire, si l'on retranche tout ce qui lui semblait un domaine commun avec la tuberculose, que lui reste-t-il ? Il lui restera tout ce qui n'appartient pas à la tuberculose ; elle perdra le tubercule pour garder de la scrofule tout : les conjonctivites tenaces et à répétition, les érosions faciles de narines, les manifestations paroxystiques vers la peau et les muqueuses, les éruptions exanthématiques éphémères, tous ces mille indices par lesquels la scrofule se reconnaît si bien que nul ne s'y trompe. C'est par toutes ces manifestations cutanées ou muqueuses que le scrofuleux témoigne des vices de sa nutrition, c'est au travers de ces manifestations que sa maladie évolue et guérit, à moins pourtant qu'il ne devienne plus scrofuleux, et que, à la faveur de son organisme vicié par bradytrophie (devenu tributaire des conditions qui rendent son milieu propre à l'infection), il ne devienne la proie de la tuberculose.

Les nombreux scrofuleux qui deviennent phthisiques ne démontrent qu'une chose, c'est que la scrofule est une des manières de viciation organique qui mène à la tuberculose ; c'est que le milieu humoral scrofuleux est un de ceux qui font cesser l'immunité tuberculeuse ; c'est que le milieu scrofuleux présente des analogies avec toutes les maladies bradytrophiques précédemment citées, avec le diabète par exemple, qui, pour le dire en passant, crée un milieu bien autrement favorable encore à la tuberculose que la scrofule. En dépit de cette fréquence de la

(1) Charcot, Leçons cliniques, p. 188.

(2) Revue de médecine, n° 1, 10 janvier 1880.

phthisie au cours du diabète, il ne viendrait à personne l'idée, retrouvant le nodule tuberculeux, avec ses caractères typiques, dans le poumon ou le rein d'un diabétique, il ne viendrait à personne, l'idée de faire du tubercule la lésion anatomique du diabète et pourtant cette pétition de principe qu'on ne commet pas en matière de diabète, on la fait en matière de scrofule, quand on dit que la scrofule c'est la tuberculose, puisque dans la première on trouve identiquement la même lésion que dans la seconde.

Dans le diabète, comme dans la scrofule, il y a viciation organique; dans le premier perversion nutritive, dans la seconde, détérioration du type normal de l'organisme, qui, d'après ce que nous apprend la pathologie comparée, tend à rapprocher le milieu humoral de l'homme de celui de la vache et tend (si l'on peut se permettre une expression dont la justesse excuse la trivialité) à faire de l'homme une vache. Une objection à cette conception de la phthisie, maladie infectieuse, a été cherché dans l'hérédité. La phthisie, qui est héréditaire, a-t-on dit, ne saurait être une maladie infectieuse : d'abord il y a des maladies infectieuses héréditaires ; ensuite, il faut s'entendre sur l'hérédité de la phthisie. Si la phthisie est héréditaire, c'est bien moins par transmission d'un type nutritif vicié. Ce n'est pas la maladie qui est transmise par le génateur à l'engendré, ce qui n'est pas une survivance, mais de simples droits à sa survivance, que le père lègue à son enfant. Ce n'est pas la maladie, mais bien le malade, si l'on peut ainsi dire, qui est héréditaire, en ce sens que l'enfant détient de son père cet ensemble de qualités physiques et chimiques *conditionnant* la viciation organique et l'aptitude aux bradytrophies ; la phthisie, en somme, paraît héréditaire de même façon et au même titre que l'est la goutte, en ce sens que l'enfant apporte avec lui les aptitudes organiques viciées de ses parents à la faveur desquelles il pourra devenir goutteux.

Ces considérations prouvent que toute pathogénie scientifique de la phthisie doit se proposer de rechercher non seulement l'élément immédiat, prochain et nécessaire, à savoir un agent infectieux, mais encore l'ensemble des éléments occasionnels et déterminants qui, produisant la déchéance de l'économie, la réduiront à faire faillite. C'est ainsi qu'on verra souvent un enfant devenir phthisique parce qu'il sera né de parents débiles qui n'auront pu lui transmettre que leur bradrytrophie sénile; encore, de même que la phthisie vient souvent terminer un long drame morbide dont une succession de maladies ont constitué comme autant de tableaux, de même la phthisie vient souvent liquider tout un stock de déchéances vitales accumulées dans les individus ou dans les races. De même qu'il est des races qui s'éteignent faute de se reproduire, il en est d'autres qui finissent par la phthisie, parce que les enfants, différents à ce point de vue de leurs parents, présentent toutes les conditions de milieu propres à une infection qui, liquidant à elle seule toutes les générations nouvelles, ne laisse plus rien à faire aux autres maladies.

D'après cette conception de la phthisie, on ne saurait dire que la tuberculose soit une diathèse; il n'y a pas *une* diathèse tuberculeuse ; tout au moins faudrait-il parler *des* diathèses tuberculeuses, puisque l'infectiosité tuberculeuse peut venir s'enter et s'adapter sur toute la série des diathèses qui créent pour la phthisie autant de causes d'opportunité. Il serait plus juste de dire qu'il y a une série de diathèses tuberculeuses ou mieux tuberculisantes, puisque, la tuberculose n'est pas une maladie dérivant d'un même trouble de nutrition, puisque la tnberculose c'est l'explosion d'agents infectieux qui n'attendent qu'une circonstance favorable.

En résumé, il y a deux parts à faire dans les causes de la phthisie :

1° La cause prochaine, immédiate réside dans l'agent infectieux ;

2° La cause occasionnelle et déterminante réside dans l'*aptitude* morbide.

On conçoit, sans qu'il soit besoin d'insister, toute l'importance de la seconde cause, puisque c'est à son défaut que les quatre cinquièmes de notre race doivent d'échapper à une maladie qui, si elle n'eût eu à mettre en œuvre que la première cause, en aurait depuis longtemps déjà fini avec l'espèce humaine !

IV

La pathogénie de la tuberculose, d'après cela, ne saurait apparaître comme une pure question doctrinale ; elle est plus et mieux qu'une curiosité scientifique, car, si l'on prouve que la phthisie a sa raison d'être dans la pénétration de germes infectieux, tous les efforts de l'hygiène et de la thérapeutique doivent certes tendre à mettre à l'abri des germes tous les individus que leurs aptitudes vitales semblent prédestiner à la tuberculose ; mais ces efforts, surtout, doivent tendre à modifier les aptitudes vitales, à changer les milieux organiques, à faire des *hommes*, c'est-à-dire des milieux naturellement impropres à la pullulation du germe tuberculeux.

Certes, les prédisposés à la tuberculose sont justiciables de longs voyages en mer ou d'un habitat sur de hautes altitudes, les uns et les autres ne les exposant pas à respirer un air contaminé par les germes tuberculeux ; certes, ces prédisposés sont justiciables d'une alimentation très surveillée, afin qu'il n'y puisse entrer ni lait ni viandes suspects d'infection tuberculeuse; mais ce qu'il faut encore et surtout, c'est refaire le type nutritif de ces *candidats à la tuberculose*, de façon à les rendre incapables de parvenir à la tuberculose. Il faut changer, élever le taux de leur vitalité par une hygiène bien entendue ; il faut faire de leur nutrition retardante une nutrition normale ; pour cela, il faut mettre en œuvre toute la série des agents hygiéniques qui réveillent et entretiennent l'activité des élaborations chimiques. Ce but, on l'atteindra par une éducation dont le plan sera conforme aux exigences du développement et de la croissance, on l'atteindra par la vie au grand air, par une alimentation appropriée, comme qualité et quantité, aux besoins si personnels de chaque individu ; ce but, on l'atteindra encore par les soins qu'on prendra de la peau, cette grande surface nerveuse dont les incitations retentissent avec tant d'énergie sur la nutrition générale. C'est par l'intermédiaire de la peau que les bains sulfureux et surtout les bains salés stimuleront l'action trophique du système nerveux et feront d'une vitalité inférieure une vitalité meilleure et plus résistante.

Tout cela fait pour prévenir la tuberculose, il restera à mettre en œuvre la thérapeutique. Elle pourra chercher des spécifiques; elle a déjà imaginé l'arsenic, le plomb, l'acide phénique, la créosote, les benzoates, qui, s'il réussissent, apportent un nouvel argument en faveur de la nature infectieuse de la maladie. Mais, qu'on ne l'oubli pas, ce que doit viser avant tout la thérapeutique, c'est la rénovation de l'organisme, c'est la restauration de l'individu, qu'on obtiendra à l'aide de ces grands modificateurs hygiéniques qui étaient déjà la meilleure part de la prophylaxie.

Cette conception de la tuberculose, maladie infectieuse, ne doit donc pas être repoussée, sous prétexte de découverte nouvelle ; nous devons l'accepter, parce qu'elle est en conformité avec les enseignements de la médecine moderne ; nous devons l'accepter, parce qu'elle est conforme aux enseignements d'une expérience séculaire qui a établi sur des bases inébranlables une étiologie de la phthsie qui ne contredit en rien la pathogénie de la tuberculose telle qu'elle vient d'être esquissée. La doctrine de l'infectiosité de la tuberculose doit être acceptée enfin parce qu'elle

apparaît comme une suprême espérance et une bienfaisante promesse. Il ne semble plus impossible, en effet, à l'homme, mieux préparé, d'arriver à se défendre contre un ennemi qu'il n'a pu démasquer encore, mais contre lequel il saura élever, un jour, de solides remparts. Ce jour-là, la Médecine aura vaincu la phthisie, comme aujourd'hui l'Agriculture fait reculer les miasmes telluriques, comme autrefois la civilisation a eu raison des Barbares.

SOCIÉTES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1881. — Présidence de M. Legouest.

La **Correspondance** comprend une lettre de M. le Dr **Maximin Legrand** qui se porte candidat dans la section des associés libres; 2° une lettre de M. **F. Roel** (d'Oviedo), au titre de membre correspondant étranger.

M. le **Baron Larrey** prie l'Académie de donner son avis sur le projet de loi **Liouville**, relatif à la vaccination obligatoire. Cette proposition est repoussée.

M. **Bouley** lit une lettre de M. **Toussaint**, relative à la dernière communication de M. **Colin**.

M. **Colin** répond à M. **Bouley**.

Nous donnerons cette discussion quand les documents qui y figuraient auront été publiés.

La séance est levée à 5 heures.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi des peptones.

Tuberculose au début. Traitement par les peptones Chapoteaut. Guérison. (Observation communiquée par M. Crochard). — L. D...., étudiant en droit, 22 ans, a, depuis la fin de l'année 1879, des hémoptysies assez fréquentes. Son père et sa mère se portent bien, mais deux sœurs aînées sont mortes phthisiques.

Les hémoptysies reviennent particulièrement à la suite des veilles trop prolongées et d'excès de fatigue.

Je l'examine et je constate les signes évidents d'une tuberculose au début : submatité au sommet du poumon gauche, principalement en arrière. La respiration est fortement prolongée; on perçoit même de petits bruits de craquement absolument caractéristiques.

Je conduis le malade chez le Dr Hérard, médecin des hôpitaux, qui confirme en tous points le diagnostic, et conseille un saison à Nice.

Le malade, retenu à Paris, voit son état empirer de jour en jour.

Au mois de juin, il a maigri de 7 kilogrammes. Sueurs froides pendant la nuit, faciès caractéristique, quelques diarrhées d'ailleurs éphémères.

A ce moment, devant l'impossibilité matérielle où se trouve le malade, de faire un voyage dans le Midi, je conseille la peptone de Chapoteaut. Le malade prendra : trois cuillerées à bouche de conserve dans son potage, en même temps, il absorbera comme vin de dessert le vin de peptone de Chapoteaut, à la dose de quatre verres à bordeaux par jour.

17 *juin*. — Je note déjà une amélioration considérable; l'appétit est excellent, sueurs, diarrhées et hémoptysies ont complètement disparu. Le malade engraisse.

1er *juillet*. — Trois kilogrammes d'augmentation dans le poids du malade depuis le commencement du régime. L'état général demeure très bon.

15 *juillet*. — C'est en vain que je cherche à l'auscultation les signes physiques que j'avais constatés dans les premiers jours de l'affection. Le poumon gauche présente maintenant une extensibilité absolument normale. Le murmure vésiculaire est régulier et satisfaisant.

31 *juillet*. — La guérison est maintenant complètement effectuée. Jamais le malade n'a joui d'une meilleure santé. On supprime les peptones en conserve. Autant par hygiène prophylactique que par goût, le malade désire continuer l'usage de vin de peptone.

Il a augmenté de 8 kilogrammes depuis le début du traitement.

CONSULTATION DE LA PITIÉ.

Phthisie pulmonaire au début; amélioration rapide. (Observation communiquée par M. Virloff, externe). — Berthe Cau..., 16 ans, sœur tuberculeuse, père bien portant, mère morte idiote.

Elle a eu quelques crachements de sang. Diarrhées nombreuses et fétides. De plus quelques maux de tête persistants et suivis même une fois d'accidents épileptoïdes.

Devant ces faits, on n'hésite pas à affirmer une phthisie pulmonaire au début, compliquée de tuberculose généralisée. La malade refuse d'entrer à l'hôpital.

Je lui conseille le vin de peptone de Chapoteaut dont j'ai déjà eu l'occasion d'observer les merveilleux résultats.

Le traitement est commencé le 25 juin aux doses suivantes :

Conserve : 100 grammes par jour.

Vin : deux verres à bordeaux.

15 *juillet*. — Je revois la malade que je trouve un peu fatiguée, sa menstruation vient, en effet, d'apparaître pour la première fois.

Mais son état général est excellent, elle a évidemment engraissé. Tous les signes de la tuberculose de l'intestin et du cerveau sont disparus. Seule, la tuberculose du poumon persiste.

20 *juillet*. — Berthe Cau... aujourd'hui se porte très bien. On continuera le vin de peptone de Chapoteaut et la conserve aux même doses.

10 *août*. — Les symptômes de l'inflammation tucerculeuse des poumons sont eux-mêmes disparus. La malade a engraissé de 6 kilogrammes depuis le commencement de son régime. C'est maintenant une forte jeune fille et qui semble jouir de la santé la plus satisfaisante.

Par mesure de prudence, on continuera le vin de peptone de Chapoteaut; mais, de ce jour, la guérison peut être considérée comme effectuée.

BIBLIOGRAPHIE

La technique de l'auscultation pulmonaire à l'usage des étudiants en médecine, par le Dr Ch. Lasègue, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Ce n'est pas dans le but de refaire ce qui a été si bien fait par le « maître des maîtres », par Laënnec, que M. le professeur Lasègue a écrit ce petit livre, mais bien « pour stimuler le zèle des élèves, pour leur signaler les difficultés de la route à parcourir et les associer à la satisfaction que doit éprouver tout médecin quand il franchit un obstacle, dans une profession où les obstacles se multiplient à chaque pas. »

M. Lasègue décrit tout d'abord le manuel opératoire de l'auscultation pulmonaire ; mais pour bien ausculter, il faut bien connaître la topographie de la poitrine, que l'auteur nous décrit avec soin et même nous figure au moyen de dessins schématiques.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des caractères et des bruits de la respiration normale, puis des souffles, des râles, des frottements, des gazouillements, des craquements, etc. Enfin, l'auscultation de la voix et de la toux y est décrite avec

soin. C'est en résumé un petit livre qui doit être le vade-mecum de l'étudiant, et même du praticien qui a depuis longtemps quitté les bancs de l'école et qui a quelque peu oublié la technique de l'auscultation pulmonaire.

Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique, ses caractères, par M. Léon Montaz, 1880. A. Delahaye, éditeur.

Le chancre syphilitique, conclut l'auteur, laisse une trace indélébile, dont l'aspect variable, suivant le siège et le tissu, est souvent caractéristique. Le chancre siège le plus ordinairement sur le reflet du prépuce, sur le filet, le gland et le méat, les lèvres, le fourreau et la peau : sa trace a varié d'aspect suivant chacun de ces sièges différents. Quel type a-t-elle affecté suivant chacun d'eux? C'est ce que l'auteur examine avec soin.

« Traces du chancre sur le reflet du prépuce à la rainure : c'est surtout à ces chancres que s'adressent les recherches histologiques modernes. C'est pour eux qu'on a pu dire que le véritable siège anatomique du chancre syphilitique est la partie superficielle du derme muqueux, peut-être le réseau lymphatique. Ils offrent presque tous une induration cartilagineuse bien caractéristique et une ulcération extrêmement superficielle, une simple érosion. Il s'agit plutôt d'une tumeur exulcérée que d'un véritable chancre dans le sens primitif du mot. Aussi les écoles syphiligraphiques de l'Italie ont-elles raison d'appeler le chancre syphilitique un syphilome. En effet, il n'y a pas autre chose qu'un infiltrat spécial siégeant au-dessous de la couche épithéliale. Avec les auteurs, nous admettons donc que dans un certain nombre de cas, les chancres syphilitiques du reflet ne laissent pas de cicatrice avec production de tissu inodulaire. Le derme muqueux n'a pas subi de destruction ; il n'a donc pas à passer par les phases du tissu embryonnaire pour aboutir au tissu fibreux. Mais ce que nous soutenons, c'est que le chancre de cette région, sans laisser toujours de cicatrice, laisse une trace indélébile de son existence. Le processus du chancre a évolué ; mais les rapports de l'épithélium avec les tissus sous-jacents se sont modifiés pour toujours. Peut-être s'agit-il d'une adhérence plus intime, d'un tassement plus marqué de la muqueuse en ce point.

« Dans les cas où nous n'avons pas trouvé de cicatrice véritable, nous avons observé une dépression légère, arrondie ou ovalaire, au niveau de laquelle la muqueuse diffère par son aspect de la muqueuse ambiante ; tantôt elle est plus lisse, tantôt le ton de la coloration est simplement modifié. Quelquefois cette dépression manque et c'est seulement une variation de nuance. La muqueuse déplissée ne laisse souvent rien voir d'anormal ; mais si, après avoir retiré le prépuce en arrière, on voit, en ne se plaçant pas trop près, une région assez nettement arrondie, la muqueuse y est un peu plus rouge, d'autres fois plus pâle, un peu plus ridée ou un peu plus déplissée. Ces cas ne sont pas rares; mais souvent aussi les signes sont plus accusés, la dépression plus prononcée et très visible à distance. »

Les traces du chancre syphilitique sont étudiées de même dans les divers autres sièges. C'est un travail intéressant à lire.

Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales, par M. le Dr Paul Reclus. (A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1880.)

Les anciens chirurgiens, aux prises avec les terribles dangers de l'hémorrhagie, ne cherchaient qu'à éviter la mort de l'opéré entre les mains de l'opérateur. « L'épargne du sang » est une idée nouvelle qu'on ne pouvait dégager et réaliser que de nos jours. Pour la réaliser, il fallait les merveilleux procédés d'hémostase perfectionnés ou découverts dans ces trente dernières années; pour la dégager, la physiologie et l'observation clinique devaient signaler les périls que crée l'effusion sanguine.

Ces recherches, peu nombreuses malheureusement, sont la raison d'être de notre thèse : Si la perte de sang n'était pas redoutable, à quoi bon des « mesures » pour le « ménager ».

Cette hémorrhagie menace principalement les faibles et les affaiblis, vieillards, nouveau-nés, cachectiques, pour qui quelques grammes de sang sont parfois une question de vie ou de mort. Elle est également dangereuse pour les hémophyles chez qui la section des moindres vaisseaux détermine souvent un écoulement incurable. Dans ces divers cas, il faut donc, si l'opération est urgente, recourir à des méthodes spéciales dont on use également pour les tissus très vasculaires, qu'ils soient morbides comme les polypes, certains cancers, les tumeurs veineuses ou artérielles, qu'ils soient normaux comme la langue, le col utérin, le rectum et les organes érectiles.

Ces méthodes constituent l'exérèse non sanglante qui a le précieux avantage d'oblitérer les vaisseaux en même temps que de les diviser. Le fer rouge, le thermo-cautère et le galvanocautère, l'écraseur linéaire, la ligature extemporanée et la ligature élastique, l'arrachement même, enfin l'infinie variété des caustiques chimiques rentrent dans cette classe importante, créée presque tout entière depuis trente ans. Comme leur histoire est bien connue, l'auteur laisse de côté leur manuel opératoire pour n'étudier que leur valeur comparative et leurs indications particulières.

L'exérèse sanglante n'en demeure pas moins la méthode ordinaire ; mais on peut, avec elle, grâce à certains moyens, assurer l'économie du sang. Avant de diviser les tissus, on interrompt la circulation, dans le territoire où l'on va porter le fer, par la compression digitale, les liens constricteurs à la racine des membres, les garrots et les tourniquets ; ou bien encore par des pinces et des appareils qui cernent la base des tumeurs.

La bande d'Esmarch provoque également l'hémostase temporaire, en même temps qu'elle refoule du membre amputé vers le tronc un sang autrefois perdu pour l'opéré.

Si ces mesures ne peuvent être prises, le chirurgien n'est pas encore désarmé : il a recours aux ligatures préliminaires dans le foyer et hors du foyer opératoire ; ou bien, modifiant ses procédés, il cherche une voie sèche et ne coupe les gros vaisseaux que dans un dernier temps ; ou encore, allant droit aux veinules et aux artérioles, il les lie avant de les diviser ; ou enfin il les oblitère, soit par les doigts des aides, soit par des éponges ou des pinces spéciales, et les ligatures sont différées après le dernier coup de bistouri.

Tels sont les principaux points que l'auteur développe dans sa thèse. C'est là un travail fort intéressant et fort bien écrit, deux qualités qui sont loin d'être communes; c'est donc en toute assurance que nous en recommandons la lecture.

Des gommes syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire, par le Dr Emile Nitot. (J.-B. Baillière et fils, 1880.)

L'œil est, de tous les organes, celui qui doit peut-être le plus souvent payer son tribut à la syphilis

Dans ces dernières années l'on s'est surtout occupé des lésions syphilitiques des membranes profondes de l'œil ; mais la vérole peut aussi atteindre le segment antérieur. L'iritis spécifique est connue depuis longtemps; l'on connaît également l'iritis gommeuse; mais l'histoire des gommes du corps ciliaire est de date récente et présente une physionomie toute particulière.

Ces tumeurs, qui appartiennent tout spécialement à la syphilis grave maligne, peuvent envahir un seul œil ou les deux yeux successivement, et se manifestent sous forme d'un néoplasme qui, d'abord peu appréciable à l'extérieur, et logé dans l'épaisseur du corps ciliaire, grossit rapidement, écarte les fibres de la scléro-

tique et fait hernie dans le tissu épiscléral à 4 ou 5 millimètres du bord de la cornée.

Cette tumeur, toujours limitée, occupe le plus souvent le grand diamètre horizontal de l'œil, au niveau de l'insertion du droit interne, ou du droit externe, et détermine par sa présence une iridocyclite suppurative extrêmement grave.

La marche de ces tumeurs est tellement rapide qu'elle peut en imposer et faire croire au développement d'un sarcome, et cependant un diagnostic exact est de la plus grande importance, puisque dans un cas (sarcome) il s'agit de faire rapidement l'énucléation, et dans l'autre cas (gomme du corps ciliaire) la tumeur guérit spontanément par le traitement spécifique. Le diagnostic avec le tubercule est plus difficile.

Enfin le traitement mercuriel administré sous forme de frictions d'onguent napolitain, lève tous les doutes et amène rapidement la guérison de la lésion; mais l'œil est loin de recouvrer son intégrité parfaite.

Il est probable que bien des yeux ont été enucléés pour des tumeurs syphilitiques que l'on a prises pour des tumeurs malignes: tel est le fait rapporté par Loring. Il est à souhaiter que dans l'avenir ces cas ne se renouvellent pas alors que l'étude des lésions syphilitiques du globe de l'œil sera généralement mieux connue.

C'est, en somme, un excellent travail que feront bien de consulter tous ceux qu'intéresse la pathologie oculaire.

Eléments de pathologie exotique, par le Dr Maurice Nielly, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, 1881. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

La pathologie exotique n'a guère été étudiée jusqu'à ce jour que dans des monographies, et le nombre ainsi que l'étendue de ces travaux est devenu tellement considérable depuis une trentaine d'années qu'il faut accomplir un long et pénible travail avant de pouvoir embrasser d'un seul coup d'œil le sujet tout entier.

M. M. Nielly a eu l'excellente idée de faire un traité succint de cette pathologie spéciale et nous y applaudissons de tout cœur. On trouvera dans ce livre tous les renseignements relatifs à ces maladies que nous connaissons si peu, et que, du reste, nous avons fort peu l'occasion de rencontrer.

L'ouvrage est divisé en trois livres. Le premier traite des maladies infectieuses; sous ce même titre sont réunies des maladies transmissibles comme la fièvre jaune, la dengue, le choléra, la peste, les typhus, etc., et des maladies qui épuisent leurs effets sur le sujet atteint, comme les maladies palustres.

Dans le second, qui a pour titre Maladies des organes et des appareils, l'auteur a rangé quelques affections encore mal connues quant à leur nature, qui ne pouvaient être classées ni dans le premier ni dans le troisième livre. Ce second livre comprend l'eczéma tropical, le lupus de Perse, la lèpre, les lymphoses, l'éléphantiasis, les diarrhées tropicales, le béribéri, etc., etc.

Le livre troisième est consacré à l'étude des animaux et végétaux nuisibles, parasites ou non parasites. Nous signalerons tout particulièrement le chapitre où l'auteur nous décrit les flèches empoisonnées et les divers poisons d'épreuve.

NOUVELLES

— Le banquet des médecins des Bureaux de bienfaisance aura lieu le samedi 26 mars à 7 heures du soir, au restaurant Notta, faubourg Poissonnière, 1.

Il sera suivi d'une conférence par MM. les Drs Gibert et Launay du Havre.

On s'inscrit chez :
MM. Dal Piaz, 11 bis, rue Montaigne.
Lecoin, 15, rue Guénégaud.
Lenoir, 22, rue du Bouloi.
Nadaud, 103, rue d'Aboukir.
Passant, 39, rue de Grenelle.
La souscription est de 15 francs.

— Récompenses académiques. — La Faculté de médecine vient de décerner un prix de 10,000 francs à M. le Dr Grancher, pour ses beaux travaux sur la tuberculose. L'Institut, sur la proposition de M. Vulpian, décernera un prix de 2,500 francs à M. Charcot, pour ses beaux travaux sur la pathologie cérébrale, et deux autres de 1,500 francs, l'un à M. Jullien, pour son travail sur la syphilis, et l'autre à M. Guibout, pour ses leçons sur les maladies de la peau. (*France médicale.*)

— Mairie du VIIe Arrondissement. — M. le professeur Wurtz, doyen honoraire de la Faculté de médecine, vient d'être nommé maire du VIIe arrondissement.

— La Société de médecine pratique de Paris décernera en janvier 1883 un prix de 300 francs, argent et médaille, à l'auteur du meilleur travail manuscrit inédit qui lui sera communiqué pendant les années 1881 et 1882. Ce prix sera délivré tous les deux ans.

— Les récentes nominations dans la légion d'honneur. — La *Revue scientifique* signale l'impression fâcheuse qu'a produite l'apparition très imprévue de la liste des décorations accordées aux médecins par le ministère de l'intérieur. Le directeur de l'Assistance publique et le Préfet de la Seine avaient présenté au choix du ministre plusieurs de nos confrères membres de l'Académie de médecine, professeurs à la Faculté ou médecins des hôpitaux. Les services publics dont ils avaient été chargés, les distinctions scientifiques qu'ils avaient obtenues au concours, les ouvrages qu'ils avaient publiés les rendaient depuis longtemps dignes de la récompense que l'administration réclamait pour eux. On leur a préféré des « praticiens qui n'ont conquis aucun grade au concours, rendu aucun service à l'enseignement et à l'Assistance publique, et qui n'ont oncques publié d'autre travail que la thèse de doctorat nécessaire à la pratique de la médecine. »

Nous nous associons au chagrin que doivent éprouver le directeur de l'Assistance publique et le Préfet de la Seine. Pourquoi leur demander des propositions si l'intrigue et la faveur doivent continuer longtemps encore à prendre la place du vrai mérite !
(*Gazette hebdomadaire.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe, par le Dr Monod. In-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Mémoire sur la fièvre pernicieuse en Haïti d'après des documents recueillis dans le sud de l'île par le Dr Bergeaud. In-8°. 3 fr. 50. Paris Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures, par le Dr Kirmisson. In-8° 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des réflexes tendineux, par le Dr Petitclerc. In-8°. 2 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Paris. — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.